Flores (2)

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

ACERCA DE LA

HEPATITIS SUPURADA.

TESIS

Que para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, presenta al Jurado calificador

LEOPOLDO FLORES

Alumno de las Escuelas Nacional Preparatoria y Nacional de Medicina de México, Ex-practicante externo de los Hospitales Juárez y Morelos y Practicante interno del Hospital de Jesús.

MÉXICO

Imprenta del Gobierno Federal, en el Ex-Arzobispado

(Avenida Oriente 2, núm. 726.)

1896

Sr. Dr. Nicolás León

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

ACERCA DE LA

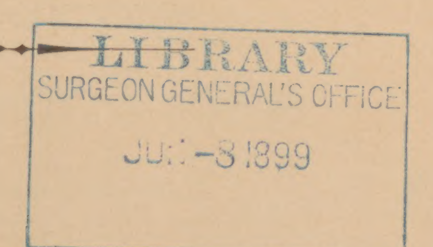
HEPATITIS SUPURADA.

TESIS

Que para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia,
presenta al Jurado calificador

LEOPOLDO FLORES

Alumno de las Escuelas Nacional Preparatoria y Nacional de Medicina de México,
Ex-practicante externo de los Hospitales
Juárez y Morelos y Practicante interno del Hospital de Jesús.



MEXICO
IMPRENTA DEL GOBIERNO FEDERAL EN EL EX-ARZOBISPADO.
(Avenida Oriente 2, núm. 726.)

1896

A la sagrada memoria de mi santa Madre la Señora

MARGARITA VAZQUEZ DE FLORES

Pequeñísimo testimonio de mi eterna adoración.

A MI AMADO PADRE

El Señor Licenciado

PASCUAL FLORES

A cuyos esfuerzos y desvelos debo haber llegado al fin de mi carrera.

A MIS HERMANOS MENORES

DOLORES, MARIA ELISA Y ADOLFO

Débil prueba del acendrado cariño que les profeso.

Al Señor Ministro de Justicia é Instrucción Pública

LIC. JOAQUÍN BARANDA

Respetuosa manifestación de aprecio y reconocimiento por las inmerecidas consideraciones con que me ha honrado.

A LOS SEÑORES LICENCIADOS

Juan N. García Peña, Salvador Medina y Ormaechea y Justo Sierra

IMPERECEDERA GRATITUD.

A MI FINO AMIGO EL SEÑOR

Francisco Martínez López

DIPUTADO AL CONGRESO DE LA UNION.

A mis distinguidos Maestros los Señores Doctores

Manuel Carmona y Valle, Eduardo Licéaga, Rafael Lavista, Tomás Noriega,
Ignacio Capetillo, Demetrio Mejía,
Fernando López, Manuel Gutiérrez y Fernando Altamirano.

Sincero homenaje de profunda admiración y respeto.

AL HONORABLE CUERPO MEDICO

DEL

Hospital de Jesús.

AL DIRECTOR DEL MUSEO NACIONAL

SEÑOR DOCTOR

MANUEL URBINA

ESTIMACION Y RESPETO.

SEÑORES JURADOS:

Vengo en momentos solemnes de mi vida á someter á vuestro ilustrado criterio, el humilde trabajo que en mi pequeñez he podido formular, para cumplir con una prescripción reglamentaria de nuestra Escuela. El acto no puede ser más imponente: he concluído el estudio de las materias preparatorias y profesionales que la ley exige para la carrera de medicina, y voy ahora á sustentar un examen general que abraza todos los ramos de la ciencia médica. Mas al comparar mis escasísimos conocimientos con los de mis Jueces, no puedo menos que sentirme abrumado por el peso de mi insuficiencia, y solamente confiado en que conocedores vosotros mejor que ninguno, de las innúmeras dificultades que se presentan al que apenas iniciado en el sendero luminoso de la ciencia, pretende escribir una tesis inaugural, me atrevo á presentaros este breve estudio sobre la Hepatitis supurada, esperando que lo juzgaréis con la benevolencia que os es característica, y no por un valor científico del que por completo carece.

No tengo absolutamente la pretensión de desarrollar ideas originales, porque soy incapaz de ello: al contrario, debo decir que este estudio, fruto de mis penosas vigilias, no es en su mayor parte sino un imperfectísimo resumen de las ideas que acerca de esa enfermedad profesa mi sa-

bio Maestro el Sr. Dr. Manuel Carmona y Valle, cuyo solo nombre es un timbre de gloria para el suelo mexicano; ideas que supo exponer con tanta brillantez en las lecciones de clínica interna dadas en el Hospital de Jesús el año próximo pasado, y que forzosamente, al ser trazadas por mi torpe pluma, tienen que perder su colorido.

Soy el primero en reconocer los muchos defectos de que indudablemente adolece este trabajo; comprendo que á cada paso, encontraréis en él, desaliño, omisiones, incorrección en una palabra; mas espero que el respetable Jurado lo acogerá indulgente, si tiene en cuenta que es la primera labor de una inteligencia falta de aptitud, de práctica y de instrucción.

ETIOLOGIA.

Las causas que pueden dar lugar á la inflamación supurativa del hígado son muy numerosas; así es que para proceder con algún orden en su estudio, las dividiremos como Bertrand y Fontan en cuatro grupos principales: *higiénicas*, *somáticas*, *patológicas y accidentales.*

I. Causas higiénicas.—La hepatitis supurada se observa con más frecuencia en los climas cálidos que en los templados ó fríos. Sin embargo, no existe una relación constante entre la temperatura de un lugar y la frecuencia de la inflamación supurativa, porque por ejemplo, en México los abscesos hepáticos son muy comunes, y en Cochinchina, cuya temperatura media anual es de 28°11′ son menos frecuentes que en la Isla de Guadalupe, el Senegal y Shangai, que tienen respectivamente como media anual 26°6′, 23°5′ y 16°. De esto resulta que si los climas cálidos son para la hepatitis una causa predisponente y enérgica, no puede inferirse que representen un agente etiológico de intervención constante, necesario y siempre seguido de efectos patológicos.

La humedad de la atmósfera se ha invocado también como un factor importante para la producción de esta en-

fermedad, en razón de que por regla general, los lugares en que se observa de una manera endémica son muy cálidos y muy húmedos; pero esta circunstancia es contingente y secundaria, porque la supuración del hígado es muy común en las Antillas cuya atmósfera no está más cargada de vapor de agua que la de las Guayanas; otro tanto puede decirse respecto de la India, y por último, Argelia, país muy seco es tributario de la hepatitis en una proporción mayor que varias regiones inter-tropicales cuyo suelo y aire están saturados.

Muchos autores admiten que las variaciones termométricas tienen una gran importancia, principalmente cuando son bruscas y muy marcadas; pero sí es indudable que no están sin influencia sobre la genesis de la hepatitis, tanto que á ellas se atribuye la frecuencia de la enfermedad en el Senegal y se dice que las Guayanas gozan de una inmunidad relativa, debido á la perfecta igualdad de su régimen meteorológico, hay que notar muchas excepciones á la teoría, pues por ejemplo, vemos que las Antillas, no obstante tener una temperatura mucho más uniforme que Cochinchina, constituyen un foco importante de abscesos hepáticos, y que esta enfermedad no reina en Mayotte, á pesar de las grandes oscilaciones que ahí se observan.

Es notable la frecuencia con que se presentan los abscesos de hígado en los lugares cuyo suelo es de origen volcánico, como las Antillas y las regiones centrales del Indostán.

La altitud parece no tener la influencia que por mucho tiempo se le ha atribuído, pues si varios puntos de Argelia situados á 1,000 metros y aun más sobre el nivel del mar, están casi exentos de esta enfermedad, en cambio se le observa muy comunmente en las altas mesas del Perú, Ecuador, México y algunos de los lugares más elevados de la India inglesa, como Bombay y Bangalore.

Las libaciones intempestivas de pulque hasta llegar á

la embriaguez, y los excesos en la ingestión de ciertos platillos excitantes, como *enchiladas*, *mole* y otros á que tan afecta es la clase baja de nuestro pueblo, constituyen en concepto del Sr. Profesor Carmona y Valle, la principal causa de la hepatitis supurada en México. En cambio, se nota que pocas veces sobreviene á consecuencia del uso cuotidiano é inmoderado de nuestra bebida nacional, á que muy frecuentemente recurre la clase proletaria como el tónico más propio y fácil de administrar para recuperar sus fuerzas agotadas por el trabajo y la mala alimentación. Muchos enfermos parecen olvidar sus excesos y señalan por causa una enteramente fortuita; mas insistiendo escrupulosamente acerca de sus antecedentes, casi siempre se encuentra uno que otro desliz en la bebida.

En este grupo señalaremos también la influencia, que puede tener, sobre todo en los países cálidos, el mal funcionamiento de la piel, que siendo como se sabe un emunctorio de suma importancia, se comprende que en dichos climas contribuirá entonces á aumentar la congestión pasiva del hígado, y á ponerlo por tanto en estado de inminencia morbosa.

II. Causas somáticas.—La hepatitis supurada no se presenta solamente en la especie humana; el Profesor Stokes asegura que se han observado algunos abscesos hepáticos en caballos y camellos.

La raza blanca es la más diezmada en los países intertropicales; la negra, no obstante sus excesos alcohólicos, es casi refractaria en la costa occidental de Africa; pero si se aleja de dicha región esta especie de inmunidad se atenúa y aun puede desaparecer completamente.

La hepatitis se encuentra excepcionalmente en los primeros años de la vida, pero alcanza su máximum de frecuencia en la edad adulta, sobre todo en los individuos debilitados por las privaciones, las enfermedades anteriores, etc.; en cuanto á los sexos, la inflamación supurativa es más común en el hombre que en la mujer.

Por último, no hay uniformidad en los autores acerca de la influencia que puede tener el temperamento, pues mientras unos creen que el bilioso es la mejor garantía contra los abscesos de hígado, otros opinan que es la condición que menos preserva.

III. Causas patológicas.—Las afecciones ulcerosas del tubo digestivo determinan frecuentemente la hepatitis supurada; tales son la úlcera gastro-duodenal, la diarrea prolongada, la entero-colitis ulcerosa, la rectitis, la tiflitis, la peri-tiflitis, y sobre todo la disentería.

La afinidad etiológica que existe entre esta última enfermedad y la hepatitis supurada es innegable; pero no se observa un completo paralelismo entre la frecuencia de una y la gravedad de la otra, en las regiones en que ambas son endémicas. Así, en la costa de Coromandel, especialmente en Pondichery, la mortalidad por la disentería alcanza algunos años una cifra excesiva, en tanto que el absceso hepático muy pocas veces se observa; en Zanzíbar, la inflamación casi no se conoce, en cambio la disentería reina con toda severidad; en México, la verdadera disentería es extremadamente rara, y sin embargo, la hepatitis supurada se observa muy á menudo.

De consiguiente no creemos que pueda aceptarse de una manera absoluta que los abscesos consecutivos á la disentería sean los más frecuentes, como dicen los autores extranjeros. En nuestro concepto, los casos de hepatitis supurada que tan comunmente se observan en México, deben atribuirse en gran parte á los excesos de intemperancia de que ya hemos hablado, sin que esto quiera decir que neguemos la influencia tan marcada de la disentería en la genesis de la enfermedad.

Se ha podido comprobar que en algunos lugares como en Cochinchina, que son focos endémicos mixtos, la hepatitis supurativa presenta algunas veces recrudescencias imputables á las exacerbaciones epidémicas de la disente-

ría. En las regiones en que los abscesos hepáticos son muy ligeramente endémicos, como Tahití, Crimea, Turquía, etc., su frecuencia aumenta de una manera sensible cuando la disentería afecta la forma epidémica.

Algunas epidemias de disentería han determinado la aparición de varios casos de hepatitis purulenta en lugares como Mayotte, que no son focos endémicos de supuración hepática.

En cuanto á la cuestión tan debatida de si la inflamación del hígado es primitiva ó secundaria con relación á la disentería, ó bien si ésta acompaña á aquella, Bertrand y Fontan dicen que en las investigaciones que han hecho á este respecto, jamás han encontrado un caso de supuración hepática anterior á la disentería, y creen que la teoría de la hepatitis primitiva ha procedido de una interpretación errónea de la sucesión de los fenómenos clínicos, por aplicación viciosa del *post hoc ergo propter hoc*. "La mayor parte de los Europeos que residen en los países cálidos, sufren más ó menos del hígado después de una cierta permanencia ; los síntomas que experimentan no dependen ni de una inflamación supurativa, ni de una simple inflamación ; que uno de estos individuos sea atacado de disentería y que sobrevenga un absceso de hígado, enfermo y médico no prevenido, concluirán que la hepatitis purulenta ha aparecido primero, supuesto que perturbaciones funcionales hepáticas han precedido á la disentería. Sabemos por otra parte, que uno de los primeros efectos de la hepatitis secundaria es la supresión brusca, pero temporal del flujo disentérico ; ¿su reaparición al cabo de algunos días no habrá hecho creer que se trata de una hepatitis primitiva? En fin; ¿no se habrá tomado como una disentería primitiva una recaída, una simple recrudescencia aguda de esta enfermedad endémica?"

"Estas mismas razones nos inclinan á creer que la disentería exactamente contemporánea de la inflamación hepá-

tica es de una determinación difícil. No negaremos esta combinación; pero sí estimamos que es poco frecuente."

"Queda pues la hepatitis consecutiva á la disentería. Es la variedad más común, la que se observa en la mayoría de los casos." [1]

Las ulceraciones de la fiebre tifoidea rara vez son el punto de partida de los abscesos hepáticos, pudiendo decirse otro tanto de las de origen tuberculoso, probablemente, según Chauffard, en este último caso, por la obliteración vascular que determinan.

Respecto de la malaria, creen Bertrand y Fontan que no debe considerarse como una causa general y específica de los abscesos hepáticos. En efecto; la distribución geográfica de las fiebres palustres y de la hepatitis supurada no es idéntica, y además, los lugares pantanosos en que reina el impaludismo no solamente no son focos de la inflamación hepática, sino que en varias regiones en que esta enfermedad es endémica, como la Reunión y la Nueva Caledonia, la infección palustre es casi desconocida.

Por otra parte: el impaludismo no determina las más veces lesiones supurativas, sino congestivas y esclerógenas; pero no por esto ponemos en duda la influencia que la malaria tiene en la producción de los abscesos hepáticos; por el contrario, admitimos que prepara el camino á la hepatitis determinando congestiones, pigmentaciones ó esclerosis del hígado que favorecen el cultivo y el desarrollo intra-hepático de los microbios piógenos.

Finalmente: señalaremos las lesiones traumáticas y sobre todo quirúrgicas del aparato locomotor, de la cabeza y del recto, de la vejiga, de la uretra, útero y ovario, que si generalmente producen abscesos pequeños, múltiples y diseminados en otras vísceras, existen muchos ejemplos en que han determinado colecciones purulentas voluminosas y localizadas únicamente en el hígado.

1 Bertrand y Fontan. *Traité de L'hepatite suppurée des pays chauds, pág.* 205.

IV. Causas accidentales. —Las contusiones y las heridas de la región hepática han dado lugar algunas veces, principalmente en los climas inter-tropicales, á la inflamación supurativa.

Ciertos parásitos intestinales, como las *tenias* y las *ascárides lombricoides*, pueden favorecer la aparición de ésta enfermedad, ya sea porque permaneciendo en el tubo digestivo contribuyen á mantener la diarrea y la disentería crónicas, ó bien, porque penetrando al hígado por los canalículos biliares que dilatan y aun suelen desgarrar, se convierten en agentes de inflamación traumática ó vectores de principios infecciosos.

La influencia del enfriamiento es admitida por todos los autores como una causa predisponente de la hepatitis purulenta.

PATOGENIA.

Hemos dicho ya que los abscesos hepáticos se observan con mucha frecuencia en los climas cálidos; veamos ahora si existe alguna causa que explique satisfactoriamente este hecho.

Hasta hace poco tiempo se admitía la doctrina clásica de que el hígado trabaja más en los lugares cálidos, en razón de que siendo insuficiente el pulmón en dichos climas para llenar sus funciones, necesita de la ayuda de ese órgano, que convertido por decirlo así, en su auxiliar, tiene que aumentar necesariamente su actividad funcional. En efecto; según esta teoría, disminuída la densidad del medio aéreo por la alta temperatura, la proporción de oxígeno contenido en un cierto volumen de aire tiene que disminuir también, y por consiguiente, la cantidad de aquel gas que en cada inspiración llega al pulmón es menor que la normal. A consecuencia de este déficit, el ácido carbónico exhalado está disminuído igualmente y de aquí resulta que

en los tejidos queda un exceso de carbono que debe ser quemado por el hígado y eliminado por la bilis al estado de ácido carbónico. En consecuencia, hay una especie de respiración suplementaria efectuada por el hígado, la cual determina la mayor actividad funcional de dicho órgano, y es la que se invoca como causa de su inminencia morbosa.

Pero esta teoría, fundada sobre la que Collas y Corre han llamado *jecorismo*, viene por tierra ante el hecho perfectamente demostrado de que si en los climas cálidos la proporción de oxígeno disminuye, en cambio el ritmo respiratorio se acelera, compensando de este modo la insuficiencia de ese gas en el aire. Por consiguiente no hay necesidad de esa mayor actividad funcional del hígado en los países cálidos con que se pretende explicar la tendencia que presenta para abscedarse en ellos.

Para otros autores como Layet, este órgano cae en dichos climas en una especie de sopor bajo la influencia prolongada del calor atmosférico, sobreviniendo un éxtasis biliar y sanguíneo permanente que sería la causa de que con mucha facilidad pudiera ser invadido por la inflamación supurativa. Pero esta teoría aplaza únicamente la resolución; pues no expresa en qué consiste ese sopor, esa *imbecilitas jecoris*, como la llamaban los antiguos, ni tampoco por qué mecanismo se produce.

Por último, el Señor Profesor Carmona y Valle, explica de la siguiente manera la frecuencia de la hepatitis supurada en los países cálidos:

Sabido es que de un modo general, habitualmente recurrimos á dos clases de alimentos: ternarios ó respiratorios que van á producir el calor animal, y cuaternarios ó plásticos destinados á reparar los tejidos. Los primeros sufren al penetrar á la economía, diversas oxidaciones, tanto más completas cuanto que el clima es más frío, y los resíduos que resultan son eliminados en su mayor parte por

el hígado. De consiguiente, es fácil comprender que la actividad de este órgano será mayor en los lugares cálidos que en los fríos ó templados, supuesto que en los primeros, las combustiones orgánicas no son tan intensas ni tan completas como en los últimos, y por tanto los resíduos ó desechos que de ellas provienen, son en mayor proporción. Ahora bien, como van á ser eliminados por el hígado, claro es que el trabajo fisiológico de esta glándula aumentará también, y ésto da cuenta de por qué las enfermedades hepáticas, especialmente los abscesos, son tan comunes en las zonas calientes.

Entremos ahora en algunas consideraciones acerca de cuál puede ser el agente de la inflamación supurativa del hígado.

Numerosas investigaciones bacteriológicas se han hecho para resolver este punto, sin que en la actualidad pueda decirse que se ha pronunciado la última palabra sobre esta cuestión. En efecto, la mayor parte de las siembras hechas con los productos de la supuración hepática, han dado cultivos de *staphylococcus blancos* ó *dorados*, de *streptococcus*, de *coli bacillus*, de *bacilus piocianeus;* en otras ocasiones, las siembras han quedado estériles, si bien se ha demostrado que en algunos de esos casos en que los cultivos no vegetaban, existían micro-organismos; por último, en ciertas observaciones no se ha podido revelar la presencia de los microbios ni por el examen directo ni por los cultivos.

Pero esta esterilidad no es muchas veces sino aparente, supuesto que se han podido ver los microbios por el examen directo. ¿Será que los medios nutritivos empleados actualmente en los laboratorios son insuficientes? ¿ó bien, no se encuentran los microbios porque han desaparecido á consecuencia de que han agotado los materiales

asimilables, ó porque en el foco se producen principios nocivos á la vida microbiana? Son otras tantas suposiciones que hasta ahora no pasan de ser simples hipótesis. En consecuencia, no se puede concluir que la supuración del hígado esté bajo la dependencia de una bacteria especial.

Kartulis piensa sin embargo que en la hepatitis disentérica las *amibas* desempeñan un papel esencial, y que si algunas veces se encuentran microbios al lado de las *amibas*, son organismos agregados y secundarios que han sido transportados del intestino al hígado por aquellos protozoarios. Se apoya para fundar esta creencia, en que él y otros varios observadores han notado la presencia de la *amoeba coli* en la disentería y en los abscesos disentéricos hepáticos, y si no obstante la frecuencia de los micro-organismos en el hígado, cree que no son ellos los que dan nacimiento á los abscesos, es porque las úlceras intestinales de la tuberculosis y de la fiebre tifoidea casi nunca se acompañan de abscesos hepáticos.

Pero ¿por qué razón atribuir exclusivamente á las *amibas* el poder patogénico de los abscesos hepáticos y negárselo á los micro-organismos que las acompañan, cuando el mismo Kartulis dice en una memoria publicada en 1887 que "en la mayor parte de los individuos se han encontrado *micrococcus* en los vasos capilares del hígado?" ¿Acaso en la inflamación supurativa idiopática no existen estos mismos *micrococcus* sin las *amibas?* ¿Por último, no hay lesiones del tubo digestivo en que no intervienen las *amibas*, y que sin embargo pueden determinar la supuración del hígado?

Por otra parte, es muy discutible la rareza absoluta ó relativa de los abscesos consecutivos á la tuberculosis ó la dotienenteria, y aun puede decirse de esta última que el hecho en sí mismo no es exacto.

De consiguiente, la teoría del parasitismo específico es inadmisible por las razones ya señaladas, y creemos que

más bien debe aceptarse la opinión de Bertrand y Fontan, de que la hepatitis consecutiva á la disentería es el resultado de una infección hepática por los microbios del pus, que la sangre de la vena porta ha tomado en el intestino y conducido hasta el hígado; las modificaciones anteriores del parenquima de este órgano bajo la influencia de las causas que provienen del medio cósmico ó del régimen, favorecen la evolución de las colonias microbianas en ese órgano.[1]

A esta doctrina, variante más precisa de la teoría piohémica, que como más adelante veremos puede explicar las diversas variedades de hepatitis supurada por la intervención de los micro-organismos piógenos, se ha objetado que existen diferencias anatómicas entre los abscesos hepáticos de la piohémia quirúrgica y los abscesos disentéricos, pues si los primeros son de pequeño volumen, muy numerosos y diseminados en varias vísceras, los segundos son, si no únicos, á lo menos en pequeño número, voluminosos y exclusivamente limitados al hígado. Pero está demostrado que muchas veces la infección purulenta quirúrgica no determina sino un gran absceso hepático, y en cambio, la hepatitis de origen disentérico puede dar lugar á una multitud de pequeños abscesos en el hígado, al mismo tiempo que á una ó varias grandes colecciones puru-

1 Esta patogenia está fundada sobre los datos siguientes, que son como el resumen de los estudios que hace poco tiempo emprendieron los autores citados para aclarar este punto:

1º El pus de los abscesos idiopáticos contiene micro-organismos piógenos.

2º Estos mismos gérmenes existen también en el pus y en las paredes de los abscesos consecutivos á la disentería en los vasos capilares y en las regiones hepáticas en que la supuración comienza.

3º Puede determinarse la formación experimental de los abscesos de hígado por inyección intra-hepática de cultivos de estos microbios.

4º Se ha visto que disentería ó abscesos hepáticos pueden existir asociados á abscesos viscerales de naturaleza piémica innegable, ó á manifestaciones cutáneas (diviesos) que reconocen como causa el *staphylococcus piogenus*.

5º Existen microbios piógenos (*staphylococcus* principalmente) en las evacuaciones y los tejidos intestinales en los casos de disentería.

6º Puede sobrevenir una infección cutánea (furunculosis) por contacto del pus hepático.

lentas, y esta hepatitis suele coincidir con abscesos en otros órganos. Se ha dicho también que las grandes colecciones purulentas intra-hepáticas no resultan como asegura Moxon, de la fusión de abscesos más pequeños, pero sin que hasta ahora se haya llegado á dar demostración alguna. Por último, en el absceso metastático común, la infección se verifica por las arterias hepáticas; cuando se hace por el sistema de la porta (operaciones sobre el recto, tiflitis, etc.), los abscesos encontrados en el hígado son las más veces como los abscesos disentéricos, considerables en su volumen y discretos en cuanto al número (Bertrand y Fontan).

En resumen: las diferencias que se señalan generalmente entre los abscesos consecutivos á la piohémia y los que reconocen por origen la disentería, son más aparentes que reales, y no constituyen como se ha pretendido, un argumento sólido en contra de la teoría que admite la identidad etiológica en ambos casos. ¿El paso de los microbios piógenos del intestino al hígado, á través del sistema porta, se verifica por intermedio de las *amibas*, que vendrían á desempeñar por decirlo así, el papel de agentes vectores? Es posible que en algunos casos así se verifique, pero parece que el concurso de esos protozoarios no es necesario desde el momento en que lesiones del tubo digestivo en que no intervienen las *amibas*, determinan la producción de la inflamación supurativa hepática. Además, el hecho de haberse encontrado *staphylococcus*, tanto en los abscesos idiopáticos como en los que son consecutivos á la disentería, demuestra que los micro organismos han podido llegar á la glándula hepática sin la intervención de la *amoeba coli*.

No podría sostenerse, sin embargo, por no estar suficientemente dilucidada esta cuestión, que los microbios penetran por sí solos al hígado; pero sí puede presumirse, teniendo en cuenta el papel que desempeñan los leucocitos en los procesos microbianos, que la mayor parte de las veces son transportados por los glóbulos blancos.

Esta misma patogenia puede explicar también la hepatitis supurada consecutiva á las otras enfermedades ulcerativas del tubo digestivo, como la fiebre tifoidea, la tiflitis, etc.

Respecto de la hepatitis idiopática,[1] es indudable que reconoce también como causa la intervención de los microbios piógenos; pero para que el tejido del hígado supure es indispensable, por una parte, que el parenquima del órgano experimente en su circulación ó en su nutrición ciertas modificaciones patológicas, y por otra, que los micro-organismos puedan llegar y localizarse en esa víscera. Ahora bien: las alteraciones de la glándula que van á favorecer el desarrollo y el cultivo de los gérmenes del pus, son consecutivas á algunas de las influencias que ya hemos estudiado en la etiología, tales como el clima, los excesos alcohólicos, etc.; las vías por las que la infección se determina son ó el sistema biliar ó la red porta.

¿Cómo llegan hasta el hígado los micro-organismos? Sabido es que el *bacilus coli commune* se encuentra habitualmente en las porciones inferiores del intestino, así como también el *staphylococcus piogenus;* además, este último existe algunas veces en la cavidad bucal, y se le señala entre los micro-organismos de la caries dentaria. ¿Qué tendría pues de extraño, que deglutido con la saliva pudiera franquear el estómago escapando á la acción microbicida del jugo gástrico (supuesto que es muy frecuente encontrar al principio de la hepatitis una dispepsia catarral que neutralizaría esa acción), y que fijado en el intestino juntamente con los que allí existen comunmente, los microbios piógenos se insinuasen en los tejidos intestinales ó en el sistema vascular, si encontraban una solución cualquiera de continuidad en la mucosa, ó siguiendo

1 Con este nombre se designa la variedad que no es sintomática de estados morbosos del hígado ó de otros órganos, excepto las congestiones hepáticas más ó menos intensas, que tan frecuentes son en los climas cálidos.

las vías biliares ó la red de la vena porta llegaran hasta el hígado?

Admitiendo estas ideas puede comprenderse fácilmente por qué muchas veces es posible que evolucionen al mismo tiempo un absceso hepático y la colitis específica ó disentería, ó lo que es más raro, que la hepatitis supurada, por la éxtasis sanguínea que determina en el sistema porta, pueda disminuir en cierto modo la resistencia de la mucosa intestinal y abrir una brecha por donde penetren hasta el hígado los gérmenes de la supuración.

La hepatitis traumática se explica, ya sea porque el cuerpo vulnerante llevando consigo los gérmenes ha determinado una infección hepática (en el caso en que la herida sea penetrante), ó bien si se trata de una simple contusión, porque las bacterias del intestino, transportadas por la vena porta ó los canalículos biliares, no han hecho sino responder al llamamiento del tejido hepático.

En cuanto á la hepatitis consecutiva á los cuerpos extraños de las vías biliares, es probable que las bacterias han obedecido á la atracción que la irritación nutritiva motivada por aquellos ha determinado en el hígado, ó bien han sido transportados por algunos de esos mismos cuerpos, las *ascárides lombricoides*, por ejemplo.

La influencia de los microbios piógenos en la genesis de los abscesos hepáticos que resultan de un foco supurativo lejano (fracturas, heridas de la cabeza, etc.), está admitida por todos los autores, y solamente diremos que en la actualidad se ha sustituído á las antiguas nociones de la embolia capilar, la noción de la infección por dichos micro-organismos, que habiendo penetrado al sistema venoso general son transportados al hígado por la arteria hepática.

Se vé por todo lo expuesto, que no sería temerario admitir que la flegmasía purulenta del hígado es consecutiva á la acción de los micro-organismos piógenos, que encontrando á este órgano más ó menos modificado en su circu-

lación ó en su nutrición por las causas etiológicas precedentemente señaladas, han podido desarrollarse en el parenquima hepático y determinar su inflamación supurativa.

Esta doctrina que proponen Bertrand y Fontan, al contrario de la teoría del parasitismo específico, se funda más bien en datos positivos que en hipótesis, y tiene la gran ventaja de explicar por el mismo mecanismo las diversas variedades de abscesos hepáticos, con esta condición diferencial: que los micro-organismos llegan al hígado por la vía biliar ó por la vía sanguínea,[1] y en este último caso, la invasión se verifica ó por las arterias hepáticas, como en las grandes infecciones generales, las séptico-piohemias, la infección quirúrgica; ó por las venas, ya las supra-hepáticas, por vía retrógada, como en la infección puerperal sobre todo, en que bajo la influencia de la adinamia cardíaca, el agente patológico penetra por reflujo de la vena cava en dichos vasos, ya por la vena porta, como en las afecciones del estómago y del intestino, principalmente las lesiones cecales y apendiculares.

Si la hepatitis endémica no siempre supura y es susceptible de terminarse por resolución, no obstante que conforme á lo teoría que hemos venido estudiando, es producida constantemente por la acción de los micro-organismos del pus, esto se debe á que la invasión microbiana no es fatal y que puede faltar en la forma idiopática; si se realiza, puede suceder que los microbios perezcan, ó porque no encuentran en el parenquima del órgano un terreno apropiado para su desarrollo, ó bien á consecuencia de la acción fagocítica de los glóbulos blancos.

En resumen: esta doctrina admite que la inflamación supurativa del hígado es el resultado de la acción de los micro-organismos piógenos; y si considera al microbio co-

1 La infección puede propagarse por la vía linfática, pero en este caso se observan más bien peri-hepatitis que abscesos intra-parenquimatosos.

mo un elemento de patogenia primordial y necesario, no hace abstracción del organismo y del órgano en que se va á verificar la infección parasitaria.

Comparando ahora la frecuencia de la inflamación supurativa hepática con las colecciones purulentas del encéfalo, riñones, etc., se nota desde luego que el hígado es de todos los órganos internos el que más á menudo se absceda. Veamos si puede encontrarse la razón de este hecho verdaderamente curioso.

En concepto del Señor Profesor Carmona y Valle, debe atribuirse en gran parte al bazo la tendencia tan marcada que presenta el hígado para ser invadido por la inflamación supurativa. Parece, sin embargo, que los autores han reelegado casi al olvido el papel tan importante que probablemente desempeña la glándula esplénica en la producción de los abscesos hepáticos, pues examinando las obras de fisiología y patología, aun las más recientes, se vé que nada nuevo dicen acerca de sus funciones y que se le atribuye la misma acción fisiológica que hace cuarenta años ó más se conoce, á saber: que es un órgano formador de leucocitos asi como de hemacias, destructor de glóbulos rojos y que contiene una gran cantidad de fierro. Pero si á esto se reduce simplemente la función del bazo, ¿por qué la naturaleza lo ha colocado en la cavidad abdominal en tan íntima conexión con el hígado, supuesto que la vena esplénica va á desembocar en la porta? Indudablemente existe algún motivo para esta colocación especial, que según nuestro sabio Maestro, tiene por objeto el que mezclándose en el hígado la sangre de la vena esplénica, rica en glóbulos blancos, con la que la porta ha recogido del tubo intestinal, las sustancias tóxicas y los micro-organismos de que esta última puede estar cargada, sean más

ó menos destruídos por la acción fagocítica de los leucocitos que vienen del bazo.

En efecto: la fisiología enseña que los ganglios linfáticos desempeñan en el organismo una función de suma importancia, como es la de oponerse, hasta donde es posible, á la rápida penetración de las sustancias tóxicas al torrente circulatorio. Para las que pueden penetrar por la piel, el organismo posee como defensa los ganglios linfáticos cutáneos; los ganglios mediastinos para el aparato respiratorio, y las amígdalas, ganglios mesentéricos y placas de Peyer para el aparato digestivo; ¿mas para aquellas que penetran por la sangre, cuál es el obstáculo que presenta á su invasión?

El Sr. Carmona cree que el bazo está encargado, por decirlo así, de modificar en cierto modo los efectos de esa penetración nociva para el organismo. Esta hipótesis se funda en que aquel órgano produce leucocitos que son llevados en gran cantidad por la sangre de la vena esplénica al hígado, donde se mezclan, como ya hemos dicho, con la sangre que la porta ha recogido del tubo intestinal. De esta fusión entre las dos sangres, resulta que en el hígado se encuentran por una parte, los leucocitos que trae la vena esplénica; por otra, los micro-organismos recogidos por la porta; puestos en contacto unos con otros, estos pequeños elementos, se empeña entre ellos un verdadero combate, una lucha cuyo campo es el hígado, y en donde se decide también el triunfo ó la derrota de uno de los dos ejércitos. Por consiguiente, es muy posible que á consecuencia de la lucha que constantemente se está verificando en este órgano (y que siempre que los leucocitos triunfen será favorable al organismo), y á la sobre-actividad que necesariamente tiene que desarrollar, sea debida la tendencia tan marcada que presenta para abscedarse, supuesto que ningún otro órgano se encuentra en estas circunstancias.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Al principio de la afección se observan las lesiones de la hepatitis circunscrita:[1] el hígado está aumentado de peso y de volumen, hiperemiado, muy frágil y de un color vinoso (Foiret). Las celdillas sufren la degeneración gránulo-grasosa y desaparecen más tarde dejando especies de lagunas; un exudado oscuro rodea los lobulillos, y numerosos puntos equimóticos aparecen en los lugares inflamados, que presentan un reblandecimiento notable.

Después de un tiempo variable la supuración se establece; unas veces, según el Señor Profesor Demetrio Mejía, el pus se forma en los casos más rápidos al cabo de una semana, y la fusión puede tomar proporciones enormes; otras, se retarda hasta tres meses; pero la regla general es que se colecta en foco á la segunda ó tercera semana.

El absceso se forma ó por la infiltración purulenta del tejido que se va extendiendo progresivamente, ó lo que es más común, según Frerichs, Mac Lean y otros autores, por la reunión de pequeños focos aislados, si bien Dutrouleau profesa la opinión contraria.

Respecto á su sitio, los abscesos se desarrollan sobre todo en el lóbulo derecho del órgano, y principalmente hacia su parte posterior; ya son superficiales y se encuentran entonces abajo de la cápsula de Glisson, ó bien profundos, y tienen que atravesar para llegar al exterior, una porción más ó menos extensa de tejido hepático.

En las dos terceras partes de los casos, según Rouis, se encuentra un solo absceso; raras veces existen más de dos ó tres; Bertrand y Fontan, sin embargo, dicen haber

1 No están acordes los autores acerca del sitio por donde empiezan estas lesiones, pues mientras unos creen que por el tejido conjuntivo intersticial, otros opinan que por las celdillas hepáticas.

visto en un anciano, diez y ocho grandes abscesos consecutivos á la disentería.

Su volumen varía desde el tamaño de una nuez y aun menos, hasta las enormes colecciones en que casi toda la glándula está convertida en una vasta bolsa que contiene varios litros de pus, como el caso que refiere Toman haber observado en Liverpool, de un absceso extraordinario que encerraba diez y ocho libras de líquido purulento.

Cuando el absceso es reciente, sus paredes son irregulares, anfractuosas y presentan colgajos flotantes, ó bien están revestidas de una capa cremosa ó caseosa; en los casos antiguos, la cavidad se regulariza y se forma una membrana piogénica que enquista perfectamente al foco purulento. Esta cápsula que proviene evidentemente, según Eichhorst, de una hiperplasia conjuntiva intersticial inflamatoria, ofrece muchas veces una estructura estratificada, y puede adquirir al cabo de un tiempo bastante largo una consistencia cartilaginosa.

En general el pus es de un color muy semejante al del *champurrado;* de consistencia espesa, viscosa é hilante, escurre difícilmente por un trocar fino, siendo necesario recurrir á la aspiración. A la simple vista puede reconocerse que está formado por un líquido purulento, blanco-amarillento ó gris, que tiene en suspensión grumos rojo oscuro ó grosella, más ó menos liquidados, que en algunos casos son verdaderos *blocks* voluminosos de sustancia hepática necrosada. Otras veces es de un color de café con leche, como cuando la colección comunica con un foco antiguo de pleuresía purulenta, ó bien amarillento ó verdoso, si se ha mezclado con la bilis á consecuencia de una colerragia, ó por último, blanco, cuando proviene de un absceso enquistado antiguo.

Es muy cremoso y muy espeso cuando en los focos antiguos se ha verificado una reabsorción de las partes líquidas; puede estar mezclado con mucosidades brónquicas y

sobre todo con sangre, si es expulsado por el pulmón; finalmente, si el foco comunica con el tubo digestivo, no es raro que contenga materias alimenticias más ó menos modificadas.

El examen microscópico demuestra la existencia de leucocitos, glóbulos rojos, celdillas hepáticas (y aun fragmentos más complexos que contienen pequeñas venas y canalículos biliares), fibrina coagulada, cristales de pigmentos biliares y materias colorantes de la sangre; microbios piógenos (*staphylococcus*, *streptococcus* y á veces el *bacterium coli commune*), y grasa. Esta última sustancia es tan abundante en el pus hepático, que el Sr. Profesor Carmona y Valle, que fué el primero en señalar su presencia, lo llama *emulsión granulo grasosa.*

Si el absceso ocupa la cara convexa del hígado y es voluminoso, rechazará hacia la cavidad torácica la mitad derecha del diafragma, determinando una dispnea más ó menos intensa; si comprime el estómago, suele presentarse el hipo, y por último, si se encuentra en la cara inferior, puede, ejerciendo cierta presión sobre algún grueso conducto biliar ó sobre la vena porta, traer respectivamente la aparición de la icteria ó bien la ascitis.

En el caso de que la colección purulenta sea superficial, la flegmasía puede propagarse á la envoltura serosa de la glándula y dar lugar muchas veces á la formación de adherencias, ya con la pared abdominal ó bien con los órganos cercanos, evitándose de esta manera que al perforarse el absceso, vierta su contenido en la cavidad peritoneal y produzca una peritonitis sobre-aguda y generalizada.

Algunas veces el pus se dirige hacia el exterior, y el absceso se abre sea directamente á través de la pared abdominal, abajo del apéndice xifoide, ó en un espacio intercostal, ó bien por un largo trayecto fistuloso, en el hueco de la axila despegando el gran dentado, en la región inguinal, cerca de las vértebras lombares, y excepcionalmen-

te en el ombligo, si ha logrado abrirse paso entre las láminas del ligamento falsiforme. En otras ocasiones, la colección ulcerando el diafragma, puede determinar la inflamación adhesiva de las dos hojas de la pleura y perforar el pulmón hasta evacuarse por los bronquios, ó bien invadir la cavidad pleural, si dichas hojas no se han soldado entre sí. Finalmente, el líquido purulento puede pasar al estómago, intestino, canales biliares y vesícula, pelvecilla, bazo, vena porta, cava inferior, pericardio, mediastino y aún al útero en la mujer.

De todas estas migraciones, las más frecuentes son las que se verifican por los bronquios, la pleura, el estómago, el intestino ó las paredes abdominales; las otras son completamente excepcionales y constituyen una verdadera curiosidad clínica.

La gangrena del foco, así como también la reabsorción de su contenido, muy rara vez suelen observarse.

Descripción, Marcha y Terminación.

Son tan numerosos y variados los síntomas que se presentan en la hepatitis supurada, que muy difícil sería dar una descripción general satisfactoria de esta enfermedad. Procuraremos, sin embargo, trazar siquiera sea á grandes rasgos el cuadro sintomatológico de un absceso hepático que se dirija al exterior á través de la pared abdominal, y consecutivo á una de las causas que con más frecuencia se observan en México; después diremos algunas palabras acerca de las diversas modalidades que pueden encontrarse.

Supongamos el caso de un individuo habitualmente en buen estado de salud, que ha tomado con exceso ciertos platillos irritantes del país, como *enchiladas*, *mole*, etc., y hecho abundantes libaciones de pulque ó algunas otras bebidas embriagantes. Poco tiempo después aparecen en

esta persona los síntomas de una indigestión: vómitos, diarrea, cólicos, malestar general, y en suma, lo que vulgarmente se designa con el nombre de *miserere*. Así mismo se presentan un calosfrío más ó menos intenso, movimiento febril (38° á 39°), una sensación de pesantez en el hipocondrio derecho, y un dolor, que localizado muchas veces á esa misma región, suele irradiarse al abdomen ó á la parte inferior del muslo, pudiendo ser muy agudo desde un principio, ó bien progresivo y volverse pungitivo, lancinante, pulsátil, etc. Generalmente de marcha intermitente más bien que continuo, puede presentarse también en el epigastrio ó en la parte posterior de la base del tórax; en muchos casos obliga á los enfermos á mantener inmóvil una parte de la caja torácica y á tomar una cierta actitud que relajando los músculos abdominales, disminuya la compresión del hígado, de todo lo cual resulta que sobreviene una dispnea más ó menos intensa, y que el decúbito dorsal, con ligera inclinación hacia la derecha, sea la posición que con más frecuencia se observa que guardan los pacientes.

Tres ó cuatro días después algunos de estos síntomas se calman, pero persisten la pesantez de que ya hemos hablado, y la calentura que aparece todas las tardes y dura hasta una hora avanzada de la noche, en que se termina con sudores locales ó generales.

Avanzando el tiempo, este conjunto morboso se acentúa más y más: la piel toma un tinte terroso ó mejor dicho amarillo pajizo, que se distingue desde luego del tinte ictérico; la región del hipocondrio derecho se encuentra abultada; la palpación del hígado revela algunas veces que su borde inferior desborda las falsas costillas, pero sin que presente abolladuras ó irregularidades de ninguna especie; la percusión demuestra el aumento de volumen del órgano, que generalmente se ha extendido hacia arriba, si bien algunas veces suele desarrollarse hacia su parte inferior, citándose algunos casos en que la macicez hepática ha lle-

gado hasta la espina ilíaca; la cantidad de orina eliminada en veinticuatro horas está disminuída, así como también la proporción de urea que contiene.[1] Algunos días después el abultamiento del hipocondrio derecho es más marcado (si existe en el epigastrio será todavía más visible), la base del lado derecho del tórax se ensancha de atrás hacia adelante, y de dentro á fuera; las costillas tienden á pasar de su situación fisiológica oblícua á la posición horizontal, de lo que resulta que los espacios intercostales se ensanchan también, principalmente el séptimo y el octavo; la presión exacerva la intensidad del dolor, sobre todo al nivel del punto que como veremos al tratar del diagnóstico, corresponde al lugar ocupado por el absceso. Más tarde puede apreciarse una sensación de empastamiento, y si se apoya con fuerza la extremidad del dedo índice al nivel de los espacios intercostales, como si se le quisiera hundir en uno de ellos y se le retira en seguida, se percibe entonces una especie de fluctuación, que no es precisamente la clásica, sino la llamada *fluctuación falsa periférica* y que se encuentra también en algunos reblandecimientos del hígado. Si se ausculta la región del hipocondrio ó del epigastrio (según sea el sitio del absceso), es posible percibir, cuando se ha producido una peritonitis adhesiva que une la cápsula de Glisson al diafragma, la pared costo-abdominal ó las vísceras cercanas, la existencia de un frotamiento peri-hepático cuyo máximum corresponde al sitio en que el dolor es más intenso. Este signo, sobre cuya importancia insisten Bertrand y Fontan, puede apreciarse también con la mano llevada sobre esas mismas regiones; algunas veces precede varios días la aparición del edema parietal y constituye además una prueba de que el hígado se ha fijado á la pared abdominal por intermedio del peritoneo.

1 Es de notarse que mientras más grande es el foco hepático, la cifra de la urea es menor y vice-versa.

Finalmente: la piel se pone roja al nivel del abultamiento; se adelgaza de una manera progresiva; la fluctuación es más clara, y el absceso se abre al exterior, dando salida al líquido purulento, con lo cual los pacientes experimentan una mejoría notable, pues la temperatura se abate, la sensación de pesantez disminuye y el dolor es menos intenso.

Pero los síntomas subsecuentes varían según los casos: si el foco es pequeño, si se vacía enteramente, si no se infecta, los sudores desaparecen así como también la calentura y todas las demás perturbaciones funcionales; mas si la colección purulenta es considerable, si continúa formándose el pus, los enfermos se agotan por la abundancia de la supuración, la persistencia de la diarrea, la intensidad de la fiebre, etc. Pueden sobrevenir también algunas complicaciones que solamente nos limitaremos á enumerar, como la caries costal, la erisipela, la infiltración del pus y la infección purulenta ó séptica.

En algunos enfermos se presenta desde el principio un dolor en el hombro derecho que se irradía al cuello, á la clavícula, al brazo y á la mano: en otros, no aparece sino después de cierto tiempo. Pero este dolor no es sintomático de una colección purulenta hepática como creen algunos médicos; esta es una doctrina errónea que puede ser de fatales consecuencias para el paciente, pues muchas veces niegan la existencia de un absceso hepático por el simple hecho de que falta este síntoma, aunque se presenten todos los demás que son propios á la hepatitis supurada, lo cual como se comprende, da por resultado que no se establezca el diagnóstico exacto sino después de mucho tiempo, y quizá cuando ya lo avanzado de la enfermedad hace infructuosa toda intervención.

La escapulalgía, en efecto, se presenta no solamente en otras varias enfermedades, como la pleuresía diafragmática, la congestión del hígado, el cólico hepático, etc., sino

que aun falta muchas veces en la hepatitis supurada, sobre todo, cuando el pus en vez de salir hacia la cara convexa, se dirige al estómago, al intestino, etc. Este dolor reconoce indudablemente como causa la comunicación que existe entre los nervios frénicos y el plexus cervical, pues sabido es que dichos nervios nacen del cuarto par cervical, y como el frénico derecho envía, según Sappey y Luschka, un filete á la envoltura fibro-serosa y á la sustancia propia del higado, es evidente que una impresión cualquiera trasmitida por este nervio (sea simple exitación neurálgica ó neuritis propagada), si se refleja al nivel del hombro, determinará la aparición del dolor. Unas veces consiste en una especie de adormecimiento; otras, es muy vivo, terebranre ó lancinante y se manifiesta por accesos, ó bien es constante y con remisiones variables.

Por consiguiente, no es necesario que el diafragma sea perforado por la extensión de la colección purulenta para que se presente el dolor; basta tan solo que haya habido un peri-hepatitis y que la flegmasía se propague á los filetes del frénico. Mas si es constante, tenaz y dura mucho tiempo. se puede sospechar que el diafragma se va perforando lentamente, y que el absceso trata de evacuar su contenido por los bronquios.

Si repentinamente sobrevienen síntomas de angustia, agitación, calentura alta, etc., y si percutiendo el lado derecho de la base del tórax, se encuentra una macicez más ó menos elevada, y la auscultación demuestra que en esa misma zona falta el murmullo respiratorio y existe la modificación especial de resonancia de la voz, que el Señor Profesor Carmona y Valle llama *voz telefónica*, puede asegurarse que la colección purulenta se ha vertido en la cavidad de la pleura y determinado un derrame pleural, una pleuresía sobre aguda. En este caso puede suceder que el derrame purulento persista más ó menos tiempo, moderándose poco á poco los síntomas que ha determinado; ó bien

el pus se abre un paso al exterior y da lugar entonces á la formación de una fístula pleura-brónquica; ó por último, lo que es más grave aún, perfora el centro frénico del diafragma y se vacía en el pericardio, determinando una angustia extremada, lipotimias, etc., y finalmente la muerte.

Desde el momento en que la flegmasía hepática se extiende á la pleura parietal, se presenta una tos seca y muy molesta, que dura un tiempo más ó menos largo, hasta que sobreviene bruscamente una vómica y el enfermo arroja por la boca en un esfuerzo de tos, una cantidad considerable de pus; ó bien se vuelve húmeda y el paciente comienza á espectorar pequeñas cantidades de líquido purulento durante los accesos, dependiendo estas diferencias del calibre del bronquio á través del cual el pus se ha abierto camino al exterior.

Generalmente cuando se evacua una gran cantidad de pus con la vómica, los enfermos se calman bastante y la intensidad de los síntomas disminuye; lo mismo pasa, aunque muy lentamente, cuando la colección se vacía poco á poco.

En este último caso los sufrimientos de los enfermos se exacervan: el paso del pus por la boca produce un sabor sumamente desagradable; la tos se vuelve muy tenaz al grado de causarles una verdadera desesperación; y la frecuente repetición de los accesos les impide acostarse, pues si lo intentan, encontrándose entonces el foco en circunstancias favorables para evacuar su contenido á través del pulmón, resulta que el pus al llegar á los bronquios determina una expectoración casi incesante, que los obliga, si desean conciliar el sueño, á la disyuntiva ó de tener que dormir sentados para evitar que sobrevenga la tos, ó á toser toda la noche si se acuestan.

Cuando el foco es pequeño y el pus encontrando una fácil salida, se elimina por completo, el enfermo se mejora, no obstante los inconvenientes que acabamos de seña-

lar; pero si la colección purulenta es considerable, no podrá resistir sino con dificultad á la abundancia de la supuración, sobrevendrá el agotamiento por la diarrea y la calentura, y finalmente el marasmo. Otras veces suele suceder que se estrecha la abertura de comunicación del foco con los bronquios, y los síntomas se moderan entonces un poco; pero la mejoría es solamente pasajera, pues al cierto tiempo viene la repleción de la cavidad por el líquido purulento, y aparecen de nuevo la tos y todas las demás perturbaciones funcionales.

Antiguamente existía, sin embargo, la creencia de que la abertura en los bronquios era muy favorable, porque en este caso la mortalidad alcanzaba una cifra mucho menor que cuando el pus se evacuaba por la pared abdominal, ya fuera espontáneamente ó á consecuencia de una intervención quirúrgica. Las estadísticas formadas por el Sr. Dr. Miguel Jiménez venían en apoyo de esta opinión, demostrando, según puede verse en ellas, que si en general la mortalidad por hepatitis supurada era de 80 por ciento, llegaba apenas á 37 por ciento cuando el foco se abría en los bronquios.

¿Pero en el estado actual de la ciencia, cuando casi diariamente encontramos casos en que la abertura de una colección purulenta hepática por el bisturí del cirujano, es seguida las más veces de un éxito completo, podrá admitirse como sostenían los antiguos, que era preferible que el foco se vaciara por los bronquios más bien que recurrir á la intervención operatoria? Indudablemente que no, y lo mismo debe decirse del temor que se tenía entonces á que el pus se dirigiera espontáneamente al exterior, perforando la pared abdominal, ó á operar un absceso que había empezado á eliminar su contenido á través del pulmón.

La razón de estos resultados, por completo contrarios á lo que ahora observamos, se encuentra fácilmente si se

reflexiona que en aquella época no eran conocidos todavía los procedimientos de antisepsia que tan asombrosos éxitos proporcionan en la actualidad. Bastará recordar á este respecto, que el método de curación que entonces se ponía en práctica, una vez que el pus había perforado la pared abdominal, ó bien cuando el cirujano le abría paso hacia el exterior, era el siguiente: se cubría la solución de continuidad que resultaba con un mollar de hilas, que se sacaban de lienzos generalmente ya usados y no muy limpios en verdad, se les untaba con un poco de cerato de Galeno se ponían después encima de ellas, varios lienzos que reconocían el mismo origen que los anteriores, y por último se contenía este apósito con un vendaje de cuerpo, sin que durante esta operación se hubiera tomado ninguna de las precauciones antisépticas que hoy son de rigor. Esta curación no se volvía á cambiar en los días subsecuentes, contentándose tan sólo con lavar ligeramente el foco, una que otra vez, con agua común, á la que por excepción solía agregársele un poco de cloruro de Labarraque, tintura de yodo ó percloruro de fierro; pero como se concibe no podía realizarse el ideal de la rigurosa antisepsia que hoy se prescribe. Para que nada faltara á este sistema tan imperfecto, diremos que en los casos en que se optaba por la intervención quirúrgica, no se tenía el cuidado de asear previamente la región en que se iba á operar; muchas veces los instrumentos se empleaban sin haberlos lavado antes, y por último, el cirujano mismo en algunas ocasiones ni siquiera se preocupaba de llevar limpias sus manos.

¿Qué extraño era por lo mismo que se registrasen tantos fracasos al intervenir quirúrgicamente en los abscesos hepáticos, si se les ponía por decirlo así, en las mejores condiciones para que sobreviniera la infección? ¿Qué tenía de extraordinario que convencidos los cirujanos de las desastrosas consecuencias que producía la intervención operatoria, prefiriesen la abertura espontánea por los bron-

quios, y la considerasen favorable, si en este caso no se presentaba la infección del foco con todas sus terribles consecuencias?

En efecto: si el pus se evacuaba por los bronquios, lo único que podía suceder era, que el aire atmosférico penetrase hasta el foco por la abertura de comunicación existente, si bien aséptico en cierto modo, pues los gérmenes que llevara consigo quedaban adheridos á las paredes de la tráquea y de los bronquios, al atravesar esos conductos para llegar á la colección purulenta, purificándose así de esta manera. Sin embargo, en algunos casos solía acontecer que el foco se infectaba, ya fuera porque existía una amplia comunicación por donde el aire podía pasar en gran cantidad, ó bien porque las mucosidades brónquicas que debían ser expulsadas con la tos, retrocedían en el momento de la inspiración, arrastrando consigo los gérmenes contenidos en ellas. En cambio, si el foco se abría por la pared abdominal, ya fuera espontáneamente ó por la intervención operatoria, como hemos dicho que no se observaban en estos casos los más elementales preceptos de la antisepsia, resultaba que muchas veces sobrevenía la infección.

En la actualidad está demostrado que si se siguen con escrupulosidad todas las reglas de la antisepsia, puede abrirse ampliamente un foco hepático, sin temor de infectarlo, y que aun en ese evento desgraciado, se cuenta con medios eficaces para conseguir su desinfección. Por el contrario; si se abre en los bronquios, es imposible evitar que el aire penetre al foco en gran cantidad por un bronquio de grueso calibre, así como tampoco que retrocedan las mucosidades de que hemos hablado. Además: encontrándose la abertura de comunicación en la parte alta del absceso, cuyas paredes no son elásticas para que pueda disminuir su capacidad, y como habitualmente el enfermo permanece en pie, resulta que la colección no puede vaciarse

por completo y que solo el exceso de líquido puriforme será expulsado por la tos. Por último; será imposible desinfectar el foco que contiene multitud de *detritus* y micro–organismos, por medio de lavados antisépticos que son tan necesarios y que favorecen la cicatrización.

En resumen: teniendo en cuenta todo lo antes dicho, hay que aceptar una doctrina enteramente contraria á la de los antiguos autores, y considerar como más favorables los abscesos que se abren por la piel.

Otras varias terminaciones pueden presentar las colecciones purulentas hepáticas; pero en razón de ser mucho menos frecuentes, sólo nos limitaremos á enumerar las principales. Así, acontece que un día el enfermo se queja de un fuerte dolor en el abdomen, sus facciones están descompuestas, el pulso se encuentra concentrado, la calentura es elevada y finalmente sucumbe; la autopsía viene á demostrar que la colección se ha vaciado en la cavidad peritoneal. Otras veces el contenido del foco se vacía en el estómago, y sobreviene entonces súbitamente un vómito purulento; ó bien este fenómeno es precedido durante varios días de vómitos repetidos que finalmente llegan á contener pus; ó bien penetra al intestino, sea directamente al nivel del colon, ó por intermedio de los conductos biliares al duodeno, no siendo remoto que el pus aparezca en las evacuaciones.

La primera terminación, es decir, su evacuación en el peritoneo es siempre mortal; en los otros casos puede obtenerse la curación del enfermo; pero lo más común es, sobre todo si existe una comunicación con el colon, duodeno, etc., que sobrevenga la infección del foco, en razón de la facilidad con que en estas condiciones pueden llegar hasta la cavidad del absceso los gases y las materias del tubo intestinal.

———

Hemos estudiado hasta aquí la sintomatología clásica y las terminaciones más comunes de los abscesos hepáticos; pero hay casos en que suelen faltar alguno ó algunos de los síntomas que hemos mencionado. Así, por ejemplo, puede suceder que algunas veces la supuración hepática no haya sido precedida de una indigestión como es lo más común, sino que sobrevenga por la penetración lenta de sustancias piógenas al hígado; en otras, faltan la calentura y todos los demás síntomas, y sólo se observa que el enfermo se debilita progresivamente de día en día, su color es amarillo pajizo y experimenta una sensación en el hipocondrio derecho; en otras finalmente, no se presenta sino el dolor del hombro ó del brazo derecho, lo cual hace creer que se trata de un simple reumatismo del brazo. En otras ocasiones sobrevienen accesos febriles todos los días á la misma hora, y evolucionan de una manera típica, con calosfrío, calentura y sudores, como si se tratara del paludismo; ó bien la temperatura se eleva bastante, hay pérdida del conocimiento, meteorismo abdominal, manchas rosadas, diarrea y en suma el cuadro de la fiebre tifoidea; ó por último, se presenta un complexus sintomático que simula la tuberculosis pulmonar, pues los enfermos se enflaquecen progresivamente, tienen calosfríos, sudores nocturnos, etc.

Como se ve, la hepatitis puede presentarse con toda la apariencia de los estados morbosos antes señalados, y por tanto la confusión es posible; pero aun en estos casos difíciles existen los siguientes síntomas que ya hemos mencionado, y que el Sr. Carmona recomienda buscar siempre cuidadosamente, pues afirma que su conjunto constituye un indicio seguro de que en el hígado se ha formado una colección purulenta: enflaquecimiento de los enfermos, palidez peculiar de la piel, sensación de pesantez en el hipocondrio derecho, y diminución de la urea excretada por los riñones, no obstante la existencia de la calentura. *Si pues, en un enfermo*, dice nuestro sabio Maestro, *se en-*

cuentran reunidos estos síntomas puede afirmarse que se trata de un absceso hepático. En su concepto, esta regla es tan exacta, que varias veces le hemos oído decir que siempre que fundándose en ella ha asegurado que existía un absceso hepático, jamás se ha equivocado en algo más de cuarenta años que tiene de ejercer la medicina.

Para concluir esta parte, sólo señalaremos algunos síntomas que excepcionalmente suelen presentarse en la hepatitis supurada, tales como: la icteria,[1] cuando el absceso oprime un grueso conducto biliar (por razón de que entonces sobreviene un éxtasis y la reabsorción de la bilis por los vasos linfáticos); la ascitis si el foco impide la libre circulación de la vena porta; y finalmente el hipo, si ejerce presión sobre el estómago, ó bien si existen lesiones secundarias del diafragma (pleuresía diafragmática, peritonitis diafragmática, etc).

La duración de la enfermedad es muy variable. Algunas veces los síntomas existen unos cuantos días y la muerte sobreviene rápidamente; otras, la enfermedad se prolonga mucho tiempo, en algunos casos hasta quince años.[2]

DIAGNOSTICO.

Su estudio comprende la resolución de las siguientes cuestiones:

1ª ¿Existe en el hígado una colección purulenta?

2ª ¿Cuál es su sitio?

3ª ¿Qué capacidad tiene?

4ª ¿Se han formado adherencias?

5ª ¿Hacia dónde tiende el foco á verter su contenido?

1 Según el Sr. Carmona, en los verdaderos abscesos hepáticos la icteria es un fenómeno tan raro, que apenas existirá una vez en cien casos.

2 Ultimamente hemos tenido oportunidad de observar en el servicio del Sr. Carmona, en el Hospital de Jesús, un enfermo que tiene un absceso hepático abierto por los bronquios y que refiere que su enfermedad empezó hace 5 años.

6ª ¿Qué caracteres distinguen al pus hepático del de los demás órganos?

7ª ¿Cuáles son las enfermedades que pueden confundirse con un absceso del hígado?

1ª La existencia del dolor con sus diversas manifestaciones (pero sobre todo, el dolor provocado al apoyar un solo dedo con fuerza en diversos lugares de la región hepática, especialmente en donde el abovedamiento es más marcado); la calentura y los sudores por las tardes; el crecimiento del órgano, comprobado por la percusión y palpación metódicas; la forma particular del límite superior del hígado; el ensanchamiento de los espacios intercostales; el tinte amarillo-pajizo de la piel; el enflaquecimiento progresivo; las perturbaciones digestivas y la pobreza de la orina en urea, son signos evidentes de que la supuración ha invadido el hígado.

Aun en estos casos, pero sobre todo cuando no se tienen sino simples presunciones ó sospechas de que existe un absceso hepático, es muy conveniente practicar una punción exploradora, que además de que permite establecer un diagnóstico positivo y de ser casi por completo inocente, viene á obrar como una sangría del hígado que disminuye su congestión.

2ª Respecto al sitio del absceso, los autores han variado mucho en los signos que dan como característicos de su localización. Así, Bertrand y Fontan dicen que el foco se encuentra al nivel del punto en que el dolor espontáneo ó á la presión tiene su máximum; otros aseguran que en donde el abovedamiento es más marcado; otros, que en donde la dilatación de los espacios intercostales es más pronunciada; y otros, por último, que en el lugar en que se nota la fluctuación. De todos estos síntomas, como se comprende, los dos últimos tienen el grave inconveniente, de que su aparición es muy tardía, de lo que resulta que el diagnóstico basado en ellos no puede establecerse sino

cuando la enfermedad está muy avanzada, siendo por lo mismo insuficientes para fijarlo en tiempo oportuno. De paso diremos, que en Europa se tiene tanto temor al diagnóstico de los abscesos hepáticos, que Bertrand y Fontan aseguran que *es cien veces más difícil encontrar un absceso de hígado que abrirlo;* y Rouis afirma que *es siempre inapreciable por el aumento de la macicez y la deformación parietal, un absceso que contiene 200 gramos de pus.* Estas aseveraciones, principalmente la segunda, son ciertamente exageradas, pues varias veces hemos visto diagnosticar al Sr. Carmona y Valle un absceso del hígado con una cantidad de pus todavía menor, y además, le hemos oído referir entre otros, el caso del conocido editor Sr. Aguilar y Ortiz, en el que reconocida la existencia de un pequeño foco hepático, procedió á practicar una punción, extrayéndole como dos cucharadas de pus; algún tiempo después la supuración se reprodujo y fué necesario recurrir á una segunda, en la que obtuvo apenas unos 80 gramos, quedando enteramente curado este enfermo.

El procedimiento que hemos visto emplear al Sr. Carmona y que tanto recomienda para determinar con toda exactitud el sitio que ocupa un absceso hepático, por pequeño que sea, es el siguiente: se marca por medio de la percusión el límite superior del hígado, y si se encuentra que forma una línea ondulada de convexidad superior, se señala el lugar más elevado de dicha línea, que indica hasta qué altura llega el absceso; en seguida, partiendo de este punto, se recorre hacia abajo y en línea recta, con el dedo índice apoyado con cierta fuerza en los espacios intercostales, hasta encontrar el sitio en que el dolor á la presión tiene su máximum; el punto determinado de esta manera en dicha línea, puede asegurarse que corresponde al foco purulento.

Como se vé, el punto más elevado de la línea ondulatoria y aquel en que el dolor es más marcado, vienen á re-

presentar, por decirlo así, la latitud y longitud geográficas que indican la situación de un lugar en la esfera. El procedimiento está fundado en que si el hígado aumenta de volumen á consecuencia de un neoplasma, de una cirrosis, etc., el crecimiento es uniforme, regular, y se extiende á todo el órgano al mismo tiempo; en tanto que cuando hay un absceso crece desigualmente.

Bertrand y Fontan aconsejan que si al hacer una primera punción, no se cae en el foco, se repitan otras varias en todo el parenquima hepático, á ver si acaso se logra encontrar la colección purulenta. Pero como se comprende, esta es una manera muy aventurada de obrar; en tanto que buscando como hemos dicho, la ondulación y el dolor á la presión que casi siempre encontraremos[1] en los casos de que exista una colección purulenta, puede hundirse el trócar con toda seguridad en el punto determinado de la manera ya indicada.

La estrechez más grande de los espacios intercostales hacia la parte posterior del tórax, hace que el abovedamiento sea ahí poco marcado y la fluctuación más difícil de alcanzar; pero si estos signos se encuentran, es muy probable que existe entonces un absceso hepático, aunque no debe olvidarse que en la cirrosis grasosa se obtiene también una sensación muy análoga á la fluctuación, y que puede inducir á error, como en un caso que cita Jaccoud. De esto resulta que si la fluctuación existe al mismo tiempo que los demás síntomas, constituye un dato de gran va-

1 El dolor suele faltar algunas veces; la ondulación *jamás*. Este último signo tiene tanta importancia para el diagnóstico, que el Sr. Profesor Carmona y Valle refiere que en un caso muy difícil que observó hace algunos años en el Hospital de S. Andrés, pudo servirle él solo para asegurar que existía un absceso hepático. Se trataba, en efecto, de un enfermo que no acusaba ni calosfríos, ni calentura, ni dolores, así como tampoco una fluctuación evidente. Sin embargo, como á la percusión notó una ondulación perfectamente marcada que se desprendía del borde inferior del hígado, al nivel del lóbulo izquierdo, diagnosticó no obstante la ausencia de los síntomas antes dichos, un foco de supuración hepática, y practicando una punción exploradora por el octavo espacio intercostal se extrajeron como más de 200 gramos de pus.

lor para el diagnóstico; en el caso contrario su importancia es mucho menor.

En resumen: el diagnóstico de un absceso en la parte posterior presenta mayores dificultades; pero la regla que antes hemos mencionado, de determinar si existe la ondulación superior no falla; buscándola cuidadosamente se llega á encontrar y puede establecer el diagnóstico.

3ª La capacidad de la colección se mide por la cantidad de pus que se ha extraído; pero de esta manera no se obtiene sino una idea vaga de sus dimensiones, pues no puede apreciarse desde luego qué volumen ocupará dicha cantidad de pus. Por esto creemos que es preferible, como recomienda el Sr. Carmona y Valle, determinar más bien cuál es el diámetro de la esfera cuyo volumen corresponde aproximadamente al ocupado por la cantidad dada de pus. Con este objeto se sirve de la siguiente tabla, que en la columna de la izquierda contiene los diámetro de la esfera de medio en medio centímetro de diferencia, y en la de la derecha, el volumen correspondiente á estos diámetros:

DIAMETROS.	VOLUMEN.
5 centímetros.	66 centímetros cúbicos.
5½ ,,	87 ,, ,,
6 ,,	113 ,, ,,
6½ ,,	144 ,, ,,
7 ,,	180 ,, ,,
7½ ,,	221 ,, ,,
8 ,,	268 ,, ,,
8½ ,,	322 ,, ,,
9 ,,	382 ,, ,,
9½ ,,	449 ,, ,,
10 ,,	524 ,, ,,
10½ ,,	606 ,, ,,
11 ,,	697 ,, ,,
11½ ,,	796 ,, ,,
12 ,,	905 ,, ,,
12½ ,,	1,023 ,, ,,
13 ,,	1,150 ,, ,,
13½ ,,	1,288 ,, ,,
14 ,,	1,437 ,, ,,
14½ ,,	1,596 ,, ,,
15 ,,	1,767 ,, ,,
15½ ,,	1,950 ,, ,,
16 ,,	2,145 ,, ,,
16½ ,,	2,352 ,, ,,
17 ,,	2,572 ,, ,,
17½ ,,	2,806 ,, ,,
18 ,,	3,054 ,, ,,
18½ ,,	3,315 ,, ,,
19 ,,	3,591 ,, ,,
19½ ,,	3,883 ,, ,,
20 ,,	4,197 ,, ,,

Supongamos, por ejemplo, que se han obtenido 450 gramos de pus y se quiere valorizar la capacidad del foco. Recurriendo á la tabla, encontraremos en la columna de los volúmenes que el número 449 es el que más se aproxima á la cantidad dada, y que esta cifra, corresponde á una esfera cuyo diámetro es de 9½ centímetros; resulta que el foco que consideramos, tiene una capacidad aproximadamente igual al volumen de una esfera cuyo diámetro fuese de 9½ centímetros.

Como no siempre podrá tenerse á la mano la tabla anterior, basta para llegar con mucha facilidad casi al mismo resultado, determinar el diámetro por medio de la fórmula geométrica que representa el volumen de la esfera: $V=\frac{4}{3}\pi r^3$ Despejando á r^3 se tiene: $r^3=\frac{V}{\frac{4}{3}\pi}$; ó lo que es igual, si se ejecuta la división indicada en el segundo término: $r^3=\frac{3V}{4\pi}$, y extrayendo raíz cúbica á los dos términos, para obtener el valor de r: $r=\sqrt[3]{\frac{3V}{4\pi}}$ El valor de π es 3'1416, así es que sustituyendo en la fórmula anterior, resulta: $r=\sqrt[3]{\frac{3V}{12'56}}$; y simplificando el quebrado: $r=\sqrt[3]{\frac{V}{4'18}}$; si se desprecian las decimales queda: $r=\sqrt[3]{\frac{V}{4}}$ Ahora, para sacar el valor del diámetro, una vez conocido el radio, se multiplica la igualdad anterior por 2 y se tiene:

$$D=2\sqrt[3]{\frac{V}{4}}=\sqrt[3]{2V}$$

En suma: la operación se reduce á multiplicar por 2 la cantidad de pus dada, y al producto extraerle raíz cúbica; el número obtenido de esta manera, indicará el diámetro de la esfera cuya capacidad corresponde aproximadamente á la del foco. Sea, por ejemplo, el mismo caso que anteriormente supusimos: se han obtenido 450 gramos de pus y se desea averiguar que diámetro corresponde á una esfera que tuviera dicho volumen. Conforme á la regla, multiplicamos por 2 el número 450 que es el valor de V, y tendremos 900, cuya raíz cúbica es 9 y una fracción; dicha

raíz representa el valor del diámetro, que como se ve apenas difiere del que da la tabla.

4ª Antiguamente se tenía la creencia de que la condición *sine qua non* de la intervención quirúrgica, era la existencia de adherencias entre el hígado y la pared. En la actualidad no se les da tanta importancia, pues en concepto de varios autores, son excepcionales, y si algunas tienen una consistencia fibrosa y constituyen verdaderas neo-membranas que hacen la operación más segura y más sencilla al mismo tiempo, permitiendo que el bisturí penetre directamente al hígado, que forma cuerpo con los músculos y tegumentos, en cambio hay otras que prestan poca garantía, como las muy recientes que son excesivamente frágiles, ó bien las fibrinosas ó las que infiltradas de pus sobrenadan en un líquido que las reblandece y les impide mantener unidas las superficies.

Sin embargo, la existencia de las adherencias se considera como una circunstancia excelente para el éxito de la intervención, porque entonces puede abrirse el foco, las más de las veces, sin temor de que el pus se derrame en la cavidad peritoneal, no pasando lo mismo en el caso contrario, pues aunque algunos pretenden que el pus hepático es aséptico y que por tanto no debe producir ningún accidente al ponerse en contacto con la serosa, lo cierto es que casi siempre en estos casos determina una peritonitis sobre-aguda. Así es que, nunca estará por demás cerciorarse de si en efecto existen ó no adherencias, y con este fin, el Sr. Jiménez recomendaba emplear diversos medios, que vamos á reproducir textualmente:[1]

"Si el examen se hace en el epigastrio, porque á ese hueco se dirigen las tendencias del pus, la certidumbre puede adquirirse con un grado de evidencia hasta trivial."

"Si el pus ha corroído las paredes mismas del vientre hasta hacerse sub-cutáneo, lo circunscrito y prominente

1 Lecciones de clínica médica por Miguel F. Jiménez, págs. 24, 25 y 26 (1856).

del tumor, el cambio de coloración del cutis que lo cubre, la inmovilidad de ese mismo tegumento que no es posible hacer deslizar ahí sobre los órganos sub-cutáneos, la pastosidad que adquiere al rededor el tejido celular sub-cutáneo, y lo muy superficial de la fluctuación que hará palpar el líquido como se palpa en una vejiga llena de agua, dan una seguridad perfecta para emprender de cualquier modo la abertura del foco; pero ese caso es el más raro y si hubiera uno de aguardar en todos á que las cosas llegaran á tal extremo, rarísima vez daría lugar la muerte á que el diagnóstico se perfeccionase. Suponiendo que el pus se encuentra aún encerrado en el espesor del hígado, de manera que las paredes todas del foco están formadas por el tejido mismo de la glándula, ó á lo menos por la cápsula de Glisson, desde luego no hay que contar con ninguno de los signos que acabo de referir, porque todos, absolutamente todos, faltan en tal suposición; pero si se hace cambiar el decúbito del enfermo, alternativamente sobre uno y otro lado, se nota que el tumor que forma el hígado sigue sus movimientos de una manera más ó menos sensible cuando las adherencias no existen, y queda fijo en el caso contrario; que el punto en que la fluctuación se hace sentir cambia ó no de sitio en iguales circunstancias; que las paredes del vientre tomadas entre los dedos, si lo permite su laxitud, son ó no movibles sobre la superficie de la víscera hinchada; que si hay alguna ascitis, puede obligarse, en el decúbito sobre el lado derecho, á la serosidad que la constituye á interponerse entre las paredes del vientre y el hígado; descubrir por medio de los sacudimientos alternativos hechos con la palma de la mano y tan fuertes, que llegue ésta á chocar con el hígado, hasta donde se extiende la capa de serosidad interpuesta; si cubre toda la extensión del tumor, es de toda evidencia que las adherencias no existen y al contrario son muy probables si dicha capa sólo cubre aquel, y se detiene al rededor de una porción

cualquiera, que es el punto mismo en que la fluctuación es más manifiesta (sucusión hidro-abdominal); por último, las falsas membranas que como elementos de adhesión, se producen en el lugar en que ésta se va á verificar, dan á la mano que palpa y mejor al oído que ausculta, la sensación de un frotamiento que sube y baja, siguiendo los movimientos que el diafragma comunica á los órganos del vientre á cada respiración. Preciso es convenir en que todos estos datos no dejan siempre en el espíritu aquella certidumbre que se busca para decidirse á una operación grave; pero reunidos, contribuyen á resolver el problema de las adherencias, de una manera á veces decisiva."

5ª El camino que seguirá la colección purulenta puede preverse teniendo en cuenta algunos datos que vamos á señalar. Si el dolor del hombro es tenaz, persistente,[1] es casi seguro que el absceso tiende á pasar á la cavidad torácica, é indica que el diafragma está interesado, y que probablemente el pus se dirige hacia los bronquios, la pleura, etc.; si por el contrario, marcha hacia el exterior, á través de la pared abdominal, se forma un abovedamiento cuyo sitio varía con el lugar que ocupa el absceso, y que se exagera de día en día; la piel se empasta, se acumina y toma una coloración rojiza, dando paso finalmente al líquido purulento; si por último, el foco tiende á vaciarse en la cavidad abdominal, es más difícil presumir en que parte evacuará su contenido, no siendo remoto que como ya se ha visto algunas veces, se vierta en el peritoneo y determine una peritonitis sobre-aguda, sin que el médico lo haya sospechado siquiera.

6ª Varios de los caracteres que se han señalado como especiales al pus hepático, no bastan para diferenciarlo, pues suelen faltar algunas veces. La presencia de las celdillas hepáticas, por ejemplo, no es constante; las reacciones características de la bilis, en que tanto insistía el Sr. Jiménez, no se encuentran tampoco en ciertas ocasiones; la

1 Es más pasajero en el caso de peri-hepatitis de la convexidad.

investigación de la glicosa (á que recurría el mismo Sr. Jiménez cuando no encontraba las reacciones anteriores) no da mejores resultados; y por último, el color, que es lo más constante, no es suficiente tampoco para caracterizarlo, supuesto que en algunos tuberculosos que tienen al mismo tiempo una hemoptisis, el esputo puede ser idéntico por su coloración al del pus que proviene del hígado. En cambio, el aspecto que presenta al examen microscópico, de una *emulsión gránulo-grasosa*, nunca falta, y este hecho tiene tal importancia, que según el Sr. Carmona, puede servir él solo para establecer el diagnóstico, aún en los casos más dudosos.

7ª Muchas son las enfermedades con que la hepatitis supurada puede confundirse, y algunas de ellas muy difíciles de diferenciar, si bien esto último, solamente antes de que se haya practicado una punción y hecho el examen microscópico del pus; pues en el caso contrario no puede subsistir la menor duda.

Como no podríamos ocuparnos del diagnóstico diferencial con todos los estados morbosos que consideran los autores, sin alargar demasiado los límites de este trabajo, y como por otra parte, la confusión á que pueden dar lugar algunos de ellos es realmente excepcional, nos limitaremos sólo á estudiar las principales enfermedades, por su orden de importancia.

(a) En los derrames pleurales, sobre todo en los purulentos, los síntomas que se presentan pueden simular perfectamente la existencia de un absceso hepático; tales son: la fiebre viva é irregular en los casos agudos, vesperal y de carácter héctico en los crónicos; la tos seca y penosa; la diarrea colicuativa, el marasmo, el dolor del hombro derecho (si existe al mismo tiempo una pleuresía diafragmática); y entre los signos físicos, el aumento de macicez y el silencio respiratorio en la parte inferior de la mitad derecha del tórax; la ausencia más ó menos completa de las

vibraciones torácicas, el ensanchamiento de los espacios intercostales, el frotamiento y el edema de la pared. Como se ve, la semejanza es muy grande, tanto que Bertrand y Fontan creen que en ciertos casos, solamente la punción exploradora y el examen microscópico del pus, pueden establecer el diagnóstico. El Sr. Prof. Carmona aconseja para resolver este problema, buscar si existe á la auscultación del lado derecho del tórax, el signo que llama *voz telefónica*.

En pocas palabras diremos en que consiste este signo y cual es su valor.

Se comprende fácilmente que la existencia de un derrame de cierta importancia en la cavidad pleural, determinará la compresión del pulmón y el alejamiento de este órgano de la pared torácica. Como al disminuir de volumen el pulmón, su tejido se ha vuelto más compacto, podrá transmitir entonces con más facilidad que antes, los sonidos que se produzcan en la laringe; pero no podrán llegar hasta la pared torácica con su resonancia normal, supuesto que tienen que atravesar la capa de líquido interpuesta entre dicha pared y el pulmón, y que como se sabe, es un cuerpo mal conductor del sonido. De aquí resulta, que si en las condiciones que hemos expuesto, se ausculta al enfermo y se le recomienda que hable en alta voz, esta llegará al oído, pero sin vibraciones, puesto que son ahogadas, ó mejor dicho, veladas por el derrame, percibiéndose sólo como la voz de una persona que hablara por teléfono; de donde el nombre de *voz telefónica*, con que nuestro Maestro designa este fenómeno.

En consecuencia: si se quiere determinar si una área maciza del lado derecho del tórax, debe atribuirse á la existencia de un derrame pleural ó bien á un absceso del hígado, que determinando el crecimiento de este órgano hacia arriba, ha rechazado el diafragma é invadido en parte los límites de la cavidad torácica, bastará auscultar cuida-

dosamente la voz en dicha zona, para averiguar si existe la *voz telefónica*, pues en tal caso se trata con toda seguridad de un derrame; ó bien, si este signo no se encuentra, es muy probable que sea un absceso hepático, en razón de que como faltan entonces las condiciones físicas que hemos señalado, el fenómeno no puede producirse.

Pero además, hay algunos otros datos, de los que señalaremos solo los principales y que muchas veces permiten resolver satisfactoriamente la cuestión. Así por ejemplo, en la hepatitis, la macicez afecta una forma convexa hacia arriba; las costillas están levantadas hacia el borde torácico y son horizontales; los espacios intercostales están ensanchados, principalmente del 7° al 10°; en tanto que en el derrame pleural, la forma de la macicez es parabólica de arriba á abajo y de atrás hacia adelante; las costillas están poco separadas y dirigidas hacia abajo; los espacios intercostales del 4° al 8° ensanchados.

La punción exploradora vendrá á disipar cualquier duda y á fijar con toda seguridad el diagnóstico, en la mayor parte de los casos. Si al practicarla puede observarse que la punta del trócar se abate durante la inspiración, mientras que el extremo opuesto se levanta, esto indica que se tienen muchas probabilidades de haber penetrado al hígado; en tanto que los movimientos serán nulos si se ha penetrado á la cavidad pleural. En el primer caso, si al abrir la llave sale pus, el escurrimiento será más rápido durante la inspiración; lo contrario pasará en el segundo. Si al aspirador de Potain se le agrega un manómetro, como lo hace Pfühl, la columna sube durante la inspiración y baja en la expiración, si el líquido proviene del hígado; lo contrario pasa cuando proviene de un derrame pleural.

Finalmente: la urea está disminuída y aun puede desaparecer por completo en la hepatitis; existe, al contrario, en cierta proporción en la pleuresía.

(b) Si la expectoración consecutiva á un catarro pul-

monar cualquiera, se acompaña de hemoptisis y existe al mismo tiempo fiebre y dolor de costado, este conjunto sintomatológico puede simular perfectamente el caso de un absceso hepático abierto por los bronquios; pero la exploración física del enfermo, la marcha de los síntomas y sobre todo, el examen microscópico de los esputos, establecerán con precisión el diagnóstico.

(c) Los abscesos peri-hepáticos dan lugar á casi todos los síntomas que se presentan cuando la colección existe en la glándula misma, tales como reacción febril, sudores parciales, abultamiento, etc. El medio por excelencia para establecer el diagnóstico diferencial, sería practicar una punción y examinar al microscopio el pus que se hubiera obtenido; pero ya desde el principio, puede observarse que en las colecciones purulentas peri-hepáticas, falta el tinte amarillo-pajizo característico de los abscesos propiamente hepáticos (supuesto que las funciones hematopoyéticas de la glándula no están perturbadas), y que si se dosifica la cantidad de urea excretada por los riñones en veinticuatro horas, se encuentra que no está disminuída; por último, el conmemorativo establece que habitualmente estos abscesos son consecutivos á un traumatismo.

PRONOSTICO.

El pronóstico de los abscesos del hígado es grave; pero depende en gran parte, como dice Chauffard, de la precocidad del diagnóstico y de la intervención operatoria antiséptica.

Los que se dirigen hacia la pared tóraco-abdominal, siendo más accesibles á la intervención quirúrgica, ofrecen menos peligros que los que marchan hacia los órganos del tórax ó del abdomen. La abertura por los bronquios, no obstante los inconvenientes que presenta y que ya hemos

señalado, es relativamente favorable, si se le compara con la evacuación del pus en la pleura que las más veces determina la muerte por agotamiento ó por septicemia; ó bien, con la irrupción que suele hacer algunas veces hacia el pericardio, la cavidad peritoneal ó la vena cava inferior, que siempre traen una terminación funesta. En fin, hay que tener en cuenta también el estado general de los enfermos, su grado de resistencia á la supuración prolongada, etc.

TRATAMIENTO.

Pocas veces hay la oportunidad de observar á los enfermos desde que aparecen los primeros síntomas que revelan la existencia de una flegmasía en el hígado. En este caso, la indicación que debe llenarse desde luego es procurar la antisepsia del tubo digestivo, supuesto que la mayor parte de las veces la enfermedad reconoce por causa una indigestión. Con este objeto se ministrará un purgante (por ejemplo: calomel y jalapa ⁂ un gramo), ó mejor un vomi - purgante; después se recurrirá al empleo del salol, naftol ó cualquier otro antiséptico intestinal, y á los antiflogísticos, los revulsivos y los vejigatorios. En los individuos de constitución robusta, el Sr. Carmona aconseja hacer una sangría general, y en el caso contrario, limitarse á las emisiones sanguíneas locales,[1] como ventosas en el hipocondrio, sanguijuelas en la margen del ano (para desingurgitar el sistema porta).

Se proscribirá el uso del alcohol y de las grasas, y se instituirá el régimen lácteo, evitándose los ejercicios violentos y exagerados, las emociones, etc.

Algunos médicos opinan que este método es por completo inútil, pues dicen que el pus se debe formar indefec-

1 El Sr. Profesor Demetrio Mejía prefiere las sangrías locales directas, y sobre todo, una emisión directa de sangre por una punción del hígado.

tiblemente; pero creemos que siempre conviene recurrir á él, porque es probable que al principio venga solo la flogosis, y por consiguiente, empleando los medios que á ella se oponen, puede obtenerse algún resultado.

Una vez formada ya la colección purulenta, la indicación es abrir el foco para dar paso amplio á su contenido, y también para evitar, hasta donde es posible, que se perturben las funciones del hígado y que el absceso se evacue en algunos órganos, como el colon que contiene micro-organismos, y que pasando al foco pueden determinar su infección. Así es que si el absceso existe ya, no se debe contemporizar, sino proceder inmediatamente á abrir el foco; pero también no hay que caer en la exageración y decidirse desde luego por esta operación, sobre todo si la colección es reducida, pues entonces puede esperarse algún tiempo y observar la marcha que sigue, recurriendo mientras tanto á practicar una ó dos punciones aspiradoras.

Pero á fin de evitar que esta demora pueda retardar demasiado la evacuación del pus, y que el paciente sufra por más tiempo ó se vea expuesto á mayores peligros, y aun para que la operación á que se recurra, no sea más gravosa á sus intereses (puesto que se le cobraría más por la incisión del foco que por una simple punción), aconsejaríamos, como hemos visto lo hace el Sr. Carmona en todos los casos, proceder primeramente á practicar una punción aspiradora, que muchas veces, aun tratándose de grandes abscesos, es bastante para obtener la curación; pero si al poco tiempo reaparece la calentura y el foco se llena de nuevo, se hará una segunda punción; y si á pesar de esto vuelve á presentarse la elevación de temperatura, y se exacervan los demás síntomas, no hay que vacilar entonces en recurrir á la incisión.

Antiguamente, que se consideraba la existencia de adherencias entre el hígado y la pared, como una condición indispensable de la intervención operatoria, los cirujanos

procuraban determinar por diversos medios la formación de ellas, antes de proceder á la abertura del absceso. Con este objeto, Recamier, Graves, Begin, idearon sus respectivos procedimientos que por mucho tiempo gozaron de gran voga, pero que ahora, en razón de su lentitud de acción y de la seguridad muchas veces ilusoria que da la creación de adherencias, están completamente abandonados.

En la actualidad, todos los operadores están de acuerdo en que siempre que deba abrirse un foco de supuración hepática, se practique una incisión amplia y rigurosamente antiséptica, sin preocuparse de si existen ó nó adherencias. Pero una incisión rápida en un solo tiempo, de todos los tegumentos hasta la pared del foco inclusive, como la que hacía Stromeyer - Little, está sujeta á graves objeciones. El cirujano camina á ciegas, no sabe lo que hace, qué es lo que corta, ni en dónde se encuentra. Algunos casos se citan en que al mismo tiempo que se ha abierto el absceso, se han herido órganos importantes, como la vesícula biliar, el epiplón, el intestino, etc. Además, si no se han formado adherencias peritoneales, es muy fácil que el pus se vierta en la cavidad y determine una peritonitis sobre aguda y mortal. Por otra parte: como las venas supra-hepáticas llevan una gran cantidad de sangre y se encuentran por decirlo así, engastadas en el tejido mismo del hígado, se comprende que si el foco es profundo, habrá necesidad para llegar hasta él, de atravesar un espesor considerable de parenquima hepático, siendo muy fácil herir entonces con el bisturí algún vaso, y que sobrevenga una hemorragia de cierta consideracióu, que es á veces casi imposible de cohibir.

Los inconvenientes señalados han conducido á modificar insensiblemente el método del cirujano inglés, pero no intentaremos ni siquiera enumerar los diversos medios operatorios que con ese objeto se han ideado. Solamente

nos proponemos describir el procedimiento que con tan buen éxito hemos visto emplear al Sr. Carmona y Valle, en varios enfermos del Hospital de Jesús.

Si el foco está situado profundamente y no es voluminoso, si el enfermo no está muy agotado, espera algún tiempo á que la colección purulenta se haga superficial, y recurre entonces á la incisión, como más adelante diremos; pero en el caso contrario, procede desde luego á vaciar el absceso por una punción aspiradora, hecha con un tróCar grueso, lo cual tiene la ventaja de que disminuye mucho las probabilidades de herir algún vaso, y aun en ese caso, la misma cánula puede ejercer una cierta compresión que será útil para contener la hemorragia.

Cuando la colección es superficial, hace en el lugar en que es más clara la existencia del pus, una amplia incisión, y llega casi de un golpe hasta el foco; si las costillas presentan alguna dificultad á la intervención, procede á practicar la resección de una ó varias en la extensión que se necesita. Una vez abierto el absceso, introduce á la cavidad uno ó varios dedos para darse cuenta de su disposición, así como para desprender y limpiar las paredes de los *detritus* y colgajos de tejido esfacelado que contenga; al mismo tiempo recurre al empleo de inyecciones antisépticas que traen al exterior el contenido, y que se continúan hasta que el líquido sale enteramente limpio. Si algunas partes no se pueden alcanzar con los dedos, introduce una pinza montada con algodón rigurosamente aséptico, y continúa limpiando el foco de este modo. En seguida procede á canalizar la cavidad: con ese objeto toma 2 tubos de caucho de 1½ metros de largo y de 8 á 10 milímetros de diámetro, que desinfecta perfectamente y que los une entre sí, en el sentido paralelo como dos tubos de escopeta, por medio de dos puntos de sutura que se colocan, uno, en la extremidad destinada á penetrar en el foco, y el otro, como á 8 ó 10 centímetros del primero; además, en esa

misma porción hace varias perforaciones ó ventanas con el objeto que después indicaremos. Dispuestos así, los introduce en el foco, guiándolos con el dedo, lo más profundamente posible, y los fija á uno de los labios de la incisión con un alfiler de seguridad, por el que hace pasar una cinta que rodea el cuerpo, á fin de detenerlos mejor é impedir que se salgan; de este modo los tubos forman un doble sifón cuya rama corta queda dentro de la cavidad y la otra va á dar al exterior. En seguida sutura la incisión de tal modo que no haya más espacio libre que el ocupado por los tubos, que deben quedar estrechos, y hace pasar entonces por la extremidad libre de uno de ellos, para asegurarse de si funcionan bien, una solución tibia de cianuro de mercurio ó algún otro antiséptico. Como los tubos afectan la disposición que acabamos de indicar, el líquido inyectado, después de llegar al foco y de limpiarlo, sale por las ventanas del otro, llevando consigo al exterior los *detritus* y la sangre que ha encontrado en la cavidad.

Cuando el agua del lavado vuelve completamente limpia, toma con una pinza de Pean las extremidades exteriores de los tubos y las hunde en una vasija que contiene una solución antiséptica, y que colocada abajo de la cama del enfermo, recibe todos los líquidos que escurren del foco. Después espolvorea un poco de yodoformo en la herida; la cubre con varias capas de gasa antiséptica; y por último, hace un buen empaque algodonado que sujeta con un vendaje de cuerpo.

Si el líquido de la vasija se ensucia mucho por los productos que provienen del foco, hace dos lavados al día; en el caso contrario, uno sólo diariamente ó cada tercer día; y así continúa, hasta que reduciéndose poco á poco la cavidad, los tubos son expulsados espontáneamente, ó bien hasta que hay necesidad de sacarlos de una manera gradual, para evitar la incomodidad que le causa al paciente tenerlos cuando se han formado ya bastantes yemas carnosas.

Este procedimiento tiene la ventaja de que la supuración va directamente al exterior; no se aglomera en la curación ni tampoco la ensucia; con lo cual se evita la elevación de temperatura que suele presentarse cuando el pus se retiene en el apósito. Además, el aseo de la cavidad puede hacerse perfectamente cuantas veces se quiera, sin necesidad de quitar la curación, gracias á la disposición de los tubos que permite inyectar la solución antiséptica; no habiendo tampoco ningún inconveniente (á menos de indicación contraria), en retardar hasta por cinco ó seis días el cambio de la curación.

Cuando el absceso tiene que operarse por la pared abdominal y se manifiesta por una fluctuación franca, empastamiento y rubicundez de la piel, se hará una incisión inmediata y amplia como hemos dicho; pero si es profundo, debe emplearse la incisión lenta, progresiva metódica, capa por capa, y abrir la bolsa purulenta después de haber suturado el hígado al peritoneo parietal, pues si no se tiene esta precaución muy fácil sería que se perdiera el paralelismo entre las incisiones del foco y de la pared, y que el pus pasara entonces á la cavidad peritoneal. Con este objeto, el Sr. Carmona acostumbra practicar dicha sutura; pero antes evacua por completo el contenido del foco. por medio de una punción aspiradora practicada con un trócar que introduce en la parte superior de la incisión abdominal, y que lo rodea de algodón para absorber el pus que pudiera salir y determinar la infección. De esta manera hay la ventaja de que la sutura es más fácil; el pus no ensucia la herida ni tampoco la seda y el catgut que van á estar en contacto con la serosa; y por último, se evita que el hígado, al retraerse, produzca un cambio de relaciones entre las aberturas hepáticas y abdominal, ocasionando la ruptura ó el atirantamiento excesivo de los hilos.

Pero si la colección purulenta, se dirige hacia los espacios intercostales, el Sr. Carmona recomienda entonces

practicar una amplia incisión, sin preocuparse de si existen ó nó adherencias; pues al contrario de lo que se observa en el epigastrio, de que el pus puede pasar á la cavidad abdominal, su ya larga práctica le ha demostrado que en todos los casos en que se opera una colección hepática por la pared torácica, no sobreviene nunca ni peritonitis ni pleuresía.

Esta diferencia tan notable se debe á que en el primer caso la piel del vientre puede deslizar con mucha facilidad, lo cual da por resultado que se pierda el paralelismo entre la abertura parietal y la del foco, y que por consiguiente el pus se vierta en la cavidad peritoneal; en cambio, esa movilidad de la piel no existe al nivel de los espacios intercostales, y por tanto, no hay el peligro que en el caso anterior.

Respecto á los abscesos abiertos por los bronquios, ya hemos dicho que teniendo la abertura colocada en la parte más alta de la bolsa, no pueden vaciarse por completo cuando son un poco amplios, y además se infectan con mucha facilidad; por consiguiente, la indicación es operarlos. Pero como algunos curan espontáneamente, sin necesidad de intervención quirúrgica, no se les debe abrir desde luego si el enfermo no está muy agotado, si la cantidad de pus eliminada no es muy considerable, si la calentura es poco elevada, etc.; sino más bien tenerlos en espectación por algún tiempo y observar la marcha que siguen; mas si el estado general se agrava, si aumenta el pus, si la curva térmica se eleva, si la diarrea persiste, etc., se procederá desde luego á abrir el foco.

Cuando el pus se alberga en la pleura, se recomienda que sin vacilar se haga rápidamente la operación del empiema.

Los abscesos abiertos en el estómago ó en el intestino suelen terminarse algunas veces por la curación; pero como lo más común es que se infecten, se deberá desde luego operarlos.

Por último; si los síntomas demuestran que el pus ha invadido la cavidad peritoneal, se procederá inmediatamente á practicar la laparotomía y la *toilette* del peritoneo.

He concluído, Señores Jurados: Confieso ingénuamente que no obstante todo el empeño que puse de mi parte para presentaros algo que fuese digno de vuestra ilustración, no lo he podido conseguir. Aceptad, pues, estas páginas, tan sólo como la suma de esfuerzos que para dar cumplimiento á un deber, ha llevado á cabo, en interminables días de lucha y de fatiga, el más agradecido de vuestros discípulos.

México, Febrero de 1896.

Leopoldo Flores.

